LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Fièvre typhoïde ; hémorrhagie intestinale; mort. Bile décolorée. Prolifération des noyaux des cellules hépatiques, par M. Hallion. — Phlébite cervico-brachiale dans la fièvre typhoïde, par M. le Dr Girode. — **Académie des sciences** : Séance du 30 juin 1890. — Présidence de M. Hermite. — De la craniectomie dans la microcéphalie. — **Académie de médecine** : Séance du 1er juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Du champ d'action du thermo-cautère sur trente trois muscles présternaux. — De la reproduction de la formule aortique de l'orang, du gibbon, de tous les autres singes et des carnassiers chez l'homme. — Accidents du chloroforme. — Abcès du foie. — **Société de chirurgie** : Séance du 2 juillet. — Présidence de M. Nicaise. — Traitement du torticolis. — Suppurations de la trompe et des ovaires ouvertes par le vagin. — **Société médicale des hôpitaux** : Séance du 27 juin 1890. — Présidence de M Dumontpallier. — Automatisme comitial ambulatoire. — Traitement de la pneumonie grave par les bains froids. — L'acide lactique dans le traitement de la diarrhée. — L'asphyxie par la vapeur de charbon. Troubles cérébraux consécutifs, emphysème sous-cutané. — **Société clinique de Paris** : Séance du 8 mai 1890 — Présidence de M. le professeur Hayem. — **Nouvelles**. — **Bulletin bibliographique**.

SOCIÉTÉ MÉDICALE JUN 23 1890 LIBRARY

CLINIQUE MÉDICALE

Fièvre typhoïde; hémorrhagie intestinale; mort. Bile décolorée. Prolifération des noyaux des cellules hépatiques (1).

Par M. Hallion,
Interne des hôpitaux.

E. B. femme de 33 ans, entre le 20 février 1890 dans la salle de crèche de l'hôpital Saint-Antoine; service de M. le professeur Hayem. Rien à relever dans ses antécédents héréditaires si ce n'est que la mère est morte avec de l'ascite. Elle a eu trois enfants qui sont vivants et en bonne santé; le plus jeune, âgé d'une année, a été admis avec elle à l'hôpital.

La malade déclare avoir joui d'une santé parfaite jusqu'à cette dernière année; on apprend cependant qu'elle aurait eu « la gourme » jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, et qu'en 1878, à l'âge de 21 ans, elle a vu survenir dans la région cervicale des engorgements ganglionnaires volumineux, indolents, d'ailleurs promptement dissipés.

Pas de troubles menstruels. Pas d'accidents syphilitiques ni d'habitudes d'alcoolisme.

Depuis 5 ans, c'est-à-dire depuis sa première grossesse, sa santé a périclité. Son mari était devenu aveugle et impotent; elle dut, pour subvenir aux besoins de la famille, s'imposer un travail pénible et de dures privations. Balayeuse de rues, elle était à la besogne dès trois heures du matin; le plus souvent elle ne mangeait pas avant midi; la viande était bannie de son alimentation. Les trois grossesses et l'allaitement de ses enfants contribuèrent encore à l'affaiblir; aussi devint-elle maigre, pâle, sujette aux étourdissements et aux vertiges.

Il y a trois semaines, elle fut prise d'une toux sèche, quinteuse, qui persista jusqu'aujourd'hui. En même temps, survinrent des troubles digestifs variés; anorexie soif vive, diarrhée intense. Des vomissements muqueux et bilieux se produisirent pendant les 15 premiers jours; ils ont cessé depuis une semaine. La malade se plaint depuis quelques jours, d'un endolorissement à la pression de tout le bas-ventre.

Pas de céphalalgie : pas d'épistaxis.

La malade a pris le lit dès le début des accidents. Au bout d'une quinzaine, pressée par la nécessité, elle a tenté de reprendre son travail, mais elle n'a pu supporter cette épreuve plus de deux jours.

Hier, à trois reprises, elle a rendu dans ses garde-robes une quantité considérable de sang rouge, liquide

Elle ne peut fournir de renseignements sur le traitement qu'elle a suivi.

Actuellement, elle est dans un état de prostration extrême; c'est à peine si elle répond aux questions qu'on lui pose, et les renseignements qui précèdent ont été fournis moins par elle-même que par des membres de sa famille. Elle a eu, la nuit dernière, un peu de délire. La peau est d'une pâleur quelque peu jaunâtre; les conjonctives sont décolorées. Dyspnée assez intense. Pouls faible, dépressible; 112 pulsations. Temp. 40°6, resp. 36.

Langue saburrale, humide; soif, anorexie; diarrhée. Les selles contiennent un peu de sang. L'abdomen est peu météorisé; les deux fosses illiaques sont légèrement douloureuses au palper. L'exploration du foie dénote un volume normal de l'organe : la région hépatique est un peu douloureuse à la pression.

On note un souffle doux de l'artère pulmonaire et un frémissement peu accentué de la région jugulaire droite.

L'anémie atteignait, suivant la classification de M. Hayem, le 3e degré :

N = 1,993,000.
R = 1,662,000.
G = 0,83.
B. = 6,200.

N est le nombre de globules rouges par millimètre cube de sang; R est la richesse en hémoglobine d'un

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

millimètre cube de sang, richesse exprimée en globules normaux; G, la richesse moyenne d'un globule rouge en hémoglobine, soit $\frac{R}{N}$; B exprime le nombre de globules blancs.

M. Hayem examine une préparation de sang pur. Les globules forment des piles petites et on trouve des globules isolés assez nombreux, comme il est de règle dans l'anémie du 4e degré commençante. Hémoblastes rares, isolés ou réunis par petits groupes de trois ou quatre éléments, globules blancs peu nombreux. La plupart des globules ont un diamètre normal; ils ne sont pas déformés et ne présentent pas d'inégalité très prononcée. Il existe quelques globules nains, pâles et déformés, les derniers légèrement mobiles sur place. Quelques globules isolés deviennent facilement muriformes, d'autres crénelés. Pas d'augmentation de la fibrine; le réticulum fibrineux est d'une grande finesse. Les globules blancs deviennent facilement amiboïdes; le moindre choc dissocie les piles de globules rouges.

Prescription : Régime lacté, képhir 1 litre, protoxalate de fer 40 centigrammes.

Les jours suivants l'état de la malade ne se modifie pas :

21 *février*. T. 40°; 41°2. P. 120.
22 — T. 39°6; 40 6. P. 112.
23 — T. 38°5; 39°3.
24 — T. 38°3; 41°2.

24 *février*. Délire cette nuit : la malade est tombée de son lit, adynamie; pouls faible; 120 pulsations. Diarrhée; la couleur des selles n'a pas été notée. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Plèvres saines aux poumons, emphysème très prononcé des sommets et des bords antérieurs; congestion hypostatique des bords postérieurs et des lobes inférieurs.

Le cœur est revenu sur lui-même, en systole : il pèse 235 grammes. Pas de lésions de l'endocarde. L'aorte présente de très légères traces d'athérome un peu au-delà de l'origine de la sous-clavière gauche.

Le foie est volumineux, très pâle, mollasse. Poids : 2 kilog. 150. Les voies biliaires sont libres. La vésicule contient une cuillère à bouche environ d'un liquide blanchâtre, louche, n'offrant pas la moindre nuance jaune ou verte. Cette bile, complètement décolorée, traitée par l'acide nitrique, prenait une teinte verte à peine perceptible; la réaction de Gmelin existait donc, mais insignifiante. A l'examen spectroscopique, la partie droite du spectre était assombrie.

Il existait, dans ce contenu de la vésicule biliaire, une notable proportion d'urobiline. On s'en assurait par le spectroscope, à l'aide du procédé recommandé par M. Hayem et qui consiste à laisser cette substance se diffuser dans une couche d'eau pure surnageant le liquide à examiner.

L'intestin grêle présente, à sa partie inférieure, les lésions classiques de la fièvre typhoïde : plaques de Peyer tuméfiées, creusées d'ulcérations profondes; les ganglions mésentériques sont très volumineux, forte, ment injectés, d'aspect ecchymotique. La cavité intestinale contient des matières en bouillie, de coloration noirâtre.

La rate (220 grammes) offre de nombreux infarctus blanchâtres, entourés d'une zone noirâtre, et présentant la forme habituelle : un certain nombre sont foncés, panachés de blanc. A leur niveau, la séreuse péritonéale est recouverte d'une mince pellicule fibrineuse. On rencontre en outre une nodosité fibreuse, vestige, sans doute, d'un infarctus ancien.

Le pancréas paraît sain.

Les reins sont très pâles; on trouve à leur surface quelques kystes minuscules, remplis d'un liquide séreux; pas de sclérose apparente. Le poids de ces deux organes réunis = 330 grammes.

Les autres organes : cerveau, organes génitaux, ne présentent pas d'altération notable.

D'une façon générale, il faut noter la pâleur très grande de tous les tissus.

Le foie et la moelle des os ont été l'objet d'examens microscopiques. Les coupes histologiques du foie ont été pratiquées sur des morceaux durcis dans l'alcool, et colorées par le picro carmin, le carmin d'alun, et diverses couleurs d'aniline. Aucune lésion topographique. Le tissu conjonctif intra et extra-lobulaire, les vaisseaux biliaires et sanguins, sont normaux comme configuration et comme structure : l'orientation des trabécules n'est aucunement troublée. La cellule hépatique montre une intégrité absolue du protoplasma; pas de dégénérescence d'aucune sorte. Par contre, l'aspect des noyaux présentait certaines particularités intéressantes, qui ressortaient davantage lorsque nous comparions nos coupes à des coupes obtenues avec des foies sains et malades de provenances diverses. Un nombre relativement considérable de cellules étaient bi-nuclées; la forme en bissac du noyau était fréquemment rencontrée dans les autres. Les diamètres des noyaux présentaient des écarts très considérables, excédant les limites des variations normales; enfin, il se coloraient d'une manière très inégale, quels que fussent les réactifs employés et la durée de l'imprégnation.

La moelle osseuse du sternum a fourni des préparation sèches qui ont été colorées au bleu de méthylène, à l'iode et au picro carmin, avec et sans fixation préalable par les vapeurs d'acide osmique. Elle présentait des caractères normaux au point de vue de la forme et du nombre relatif de ses éléments constituants.

L'observation précédente démontre une fois de plus la gravité particulière que revêt la fièvre typhoïde, lorsqu'elle s'attaque à un organisme débilité par les fatigues, les privations, les grossesses répétées, et spécialement lorsqu'elle surprend la femme en pleine période de lactation.

Mais, le principal intérêt que cette observation

présente se tire des troubles observés dans la sécrétion biliaire; elle doit être rapprochée des faits signalés par M. Hanot dans sa remarquable étude sur l'*acholie* (*Arch. de Méd.* 1885, t. 1.) et en particulier sur l'acholie pigmentaire. La bile, dans notre cas, était absolument incolore, et c'est à peine si les procédés chimiques et spectroscopiques y décelaient des traces du pigment normal. Par contre, l'urobiline y existait en proportion relativement considérable. Malheureusement la recherche des acides biliaires n'a pas été faite. Quoi qu'il en soit, la décoloration du liquide démontrait d'une manière évidente un trouble profond du fonctionnement hépatique, et cette irrégularité fonctionnelle se traduisait parallèlement par une abondante sécrétion d'urobiline; ce fait vient confirmer l'opinion soutenue par notre maître, M. Hayem, et récemment développée par un de ses élèves, M. Tissier (thèse de Paris, 1890), concernant l'origine hépatique de ce dernier pigment.

Dans les observations d'acholie relevées par M. Hanot, l'on ne rencontre, parmi les causes de ce phénomène, ni la fièvre typhoïde, ni l'anémie intense. Par contre, cette dernière existait chez une malade observée par M. Tissier (*Bull. de la Soc. Anat.* 1889); il s'agissait d'une femme chlorotique qui succomba dans un état typhoïde, et dont la vésicule biliaire contenait un liquide entièrement décoloré, dépourvu d'ailleurs de sels biliaires aussi bien que du pigment normal et renfermant comme dans notre cas, une grande quantité d'urobiline. Chez notre sujet, on trouve donc, d'une part, dothienentérie actuelle, d'autre part, anémie intense, probablement antérieure à la dothienentérie, mais singulièrement aggravée par l'abondante hémorrhagie qui a compliqué cette dernière; de ces deux facteurs, lequel accuserons-nous d'avoir ainsi troublé la sécrétion biliaire. Incertain de l'époque précise à laquelle ce phénomène remonte, ignorant quelle a été la coloration des garde-robes avant l'entérorrhagie, nous ne pouvons déterminer ici la raison étiologique du fait.

Pouvons-nous, du moins, rattacher cette perversion fonctionnelle à une altération histologique de la glande biliaire dans l'acholie?

M. Hanot, chez tous les sujets qui ont présenté de l'acholie et dont il a eu l'occasion d'examiner anatomiquement le foie, a rencontré des lésions bien manifestes de la cellule hépatique; celle-ci présentait, notamment dans un cas minutieusement analysé, un état d'atrophie et de dégénérescence très marqué. De son côté, Tissier a trouvé, dans le cas auquel nous avons fait allusion, de la dégénérescence graisseuse des cellules. Chez notre sujet, au contraire, apparence d'intégrité absolue du protoplasma, aucune trace d'altération granulo-graisseuse ou autre dans les éléments glandulaires; mais l'abondance anormale des cellules binucléées, les écarts considérables observés dans le volume des noyaux, peut-être leur affinité très inégale pour les réactifs colorants, enfin l'étranglement en bissac d'un bon nombre d'entre eux, toutes ces particularités semblent témoigner d'un processus de prolifération cellulaire semblable à celui que MM. Straus, Hanot et Gilbert ont constaté dans des foies de cholérique. L'augmentation de volume du foie en l'absence de toute lésion conjonctive, et malgré l'anémie de l'organe, ne se lierait-elle pas à cette cause? Il semble, en résumé, qu'il y ait eu, entre le travail de génération et le travail de fonction accompli par les éléments du foie, une sorte de balancement : excès d'une part, défaut de l'autre.

Quant à la cause de cette prolifération elle-même, quant à ses rapports avec les différents facteurs morbides qui se sont rencontrés chez notre malade, cette question de saurait être résolue que par l'examen comparatif d'un assez grand nombre d'observations, et nous ne saurions actuellement y répondre.

Phlébite cervico-brachiale dans la fièvre typhoïde.

par le Dr Girode.

Ancien interne des hôpitaux (1).

L'histoire de la phlébite dans la fièvre typhoïde a été depuis longtemps mise en lumière; mais c'est seulement dans des cas exceptionnels qu'on l'a vue se localiser au territoire de la veine cave supérieure. Aussi le fait suivant nous a-t-il paru mériter d'être brièvement mentionné à titre de rareté pathologique.

Observation.

Sommaire. — *Fièvre typhoïde. Albuminurie intense. Accidents nerveux hystériformes. Grandes irrégularités de la courbe thermique. Apparition tardive de taches rosées, 20 jours après le début présumé de la fièvre. Élimination de 18 lombrics par la bouche et les selles. Phlébite cervico-brachiale apparue au déclin de la maladie avant l'apyrexie. Petites embolies pulmonaires. Guérison.*

L. Zélène, 17 ans, domestique, entre le 3 avril à l'hôpital Beaujon, salle Béhier, lit n° 9, service de M. le Dr Guyot.

La malade a toujours été bien portante jusqu'ici. Réglée à 11 ans, menstruation très régulière. État névropathique très caractérisé; il n'y a jamais eu de grandes manifestations hystériques, mais des bizarreries, une grande mobilité du caractère, une émotilité excessive. La malade pleure ou rit pour des motifs insignifiants. Elle ne peut fournir de renseignements sur sa famille au point de vue nerveux.

L'affection qui l'amène à l'hôpital date de 8 jours : signes rationnels de l'invasion d'une fièvre typhoïde régulière. La malade n'a gardé le lit complètement que dans les 4 derniers jours.

État actuel. — Apparence d'une forte constitution. Teint animé. Fièvre haute. Pouls à 120. Éréthisme cardiaque. Les symptômes de la dothiénentérie sont au

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

complet, sauf les taches rosées. Diarrhée ocreuse, trois évacuations dans les 24 heures. Les urines sont foncées, un peu troubles, très fortement albumineuses.

Ce qui attire le plus l'attention, c'est une sorte d'agitation nerveuse singulière : la malade est loquace, rit à propos de rien ou accuse un instant après une sensation de mort prochaine. Un peu d'hyperesthésie sans localisation précise. Le sommeil est assez conservé, mais agité de cauchemars terrifiants.

Respiration accélérée à 34. Soupirs. Sorte d'étouffement nerveux. On note à peine quelques sibilances thoraciques.

Du 5 au 22, la maladie évolue d'une façon assez régulière, avec quelques perturbations thermiques étranges, non expliquées par l'état de la malade. Le pouls diminue un peu de fréquence, l'agitation nerveuse hystériforme s'atténue, l'albuminurie persiste. Quatre selles ocreuses en moyenne par jour. Des taches rosées lenticulaires apparaissent le 14, sur le ventre, au nombre de 8 à 10, en une seule éruption. Du 7 au 19, la malade rend 18 lombrics ; les quatre premiers sont rejetés par la bouche, les autres sont évacués 2 par 2 avec les selles.

23. — On constate au matin un gonflement général du membre supérieur droit, remontant jusqu'à l'épaule, plus marqué au dos de la main, et au côté interne du bras. La tuméfaction est assez considérable, consistante, avec une teinte un peu violacée de la peau. On ne perçoit pas de développement anormal des veines sous-cutanées. Élévation notable de la température dans le membre malade, appréciée par la thermométrie locale.

La malade accuse quelques douleurs spontanées surtout au niveau de l'épaule ; tout le bras est lourd, immobile, abandonné le long du corps. Douleurs vives à la pression sur le trajet des veines humérales, axillaire, et surtout derrière la clavicule au niveau de la veine sous-clavière : cependant il n'est pas possible de sentir le cordon induré. Le reste de l'appareil symptomatique est peu modifié : l'albuminurie est disparue aujourd'hui.

24. — La tuméfaction est encore considérablement accrue, ainsi que les douleurs à la pression sur les trajets veineux.

25. — La malade accuse un peu plus d'oppression et des douleurs vagues, mal limitées dans les côtés. Toux plus fréquente, expectoration de 8 ou 10 crachats visqueux, à peine aérés, d'une teinte rouge noir, indiquant la production d'infarctus. A l'exploration physique, sibilances antérieures disparues, mais des deux côtés, et à peu près au même niveau dans les fosses sous-épineuses, foyers de râles sous-crépitants fins. A gauche, la respiration prend même un timbre légèrement soufflant.

Le soir, on constate que le gonflement œdémateux s'est étendu au côté droit du cou, de la face, et à l'oreille droite qui est fortement tuméfiée comme dans l'érysipèle : l'œdème empiète un peu sur le cuir chevelu au niveau de la tempe. Le gonflement n'est pas douloureux spontanément ni à la pression ; par une palpation prudente, on sent le cordon vertical de la jugulaire externe oblitérée, l'exploration est douloureuse.

Le 26. — L'expectoration hémoptoïque persiste, elle est plus noire et mêlée de muco-pus en petite quantité. L'œdème est stationnaire.

Le 29. — Les accidents de phlébite et d'œdème sont à leur maximum de développement. La malade est complètement immobilisée. Du reste, les autres symptômes s'atténuent. Calme nerveux, apyrexie, appétit, sommeil.

Le 30. — L'expectoration présente encore un peu le caractère hémoptoïque. Au niveau des foyers précédemment cités, zone avec submatité, respiration très soufflante et nombreux râles sous-crépitants. Le gonflement cervico-facial s'atténue.

A partir du 2 mai, tous les symptômes s'améliorent progressivement, l'acheminement vers une convalescence régulière se fait sans nouvel incident.

Dès le 8, le gonflement du bras diminue, les douleurs sont nulles. Un peu de pesanteur.

Le 22. — La guérison est complète et définitive ; il ne reste des accidents cervico-brachiaux qu'un certain degré d'engourdissement et d'inhabileté des mouvements.

Relevé des températures. — T. A. le 3 avril au soir, 40°4. — Le 4, 39°2 et 41°. — Le 5, 38°8 et 40°2. — Le 6, 39°8 et 40°. — Le 7, 39°8 et 40° 1. — Le 8, 38°8 et 37°4. — Le 9, 37°4 et 38°. — Le 10, 37°4 et 38°8. — Le 11, 36° et 38°8. — Le 12, 38°4 et 40°. — Le 13, 39° et 39°4°. — Le 14, 38°6 et 39°1. — Le 15, 38°4 et 39°. — Le 16, 38°6 et 39°8. — Le 17, 37° et 39°4. — Le 18, 38°4 et 39°4. — Le 19, 37°8 et 38°4. — Le 20, 37°6 et 38°6. — Le 21, 37°6 et 38°8. — Le 22, 37°2 et 38°6. — Le 23, 37°4 et 38°6. — Le 24, 36°2 et 37°4. — Le 25, 36°4 et 38°4. — Le 26, 37°2 et 38°. — Le 27, 38°8 et 38°6. — Le 28, 37°6 et 39°. — Le 29, 36 8 et 37°. Dès ce moment apyrexie et températures oscillant entre 36°4 et 37°4.

Telle est l'histoire de la malade. Il y a déjà, dans l'allure clinique de cette fièvre typhoïde, certaines singularités, entre lesquelles la marche irrégulière de la température était spécialement frappante. Il n'est point ordinaire que la fièvre typhoïde présente de semblables perturbations thermiques, une sorte de collapsus typhique temporaire, en l'absence de déperditions organiques graves ; ce n'était pas le cas ici. Peut-être le tempérament nerveux de la malade et d'autre part l'intensité de l'albuminurie n'étaient-ils pas étrangers à cette particularité.

L'élimination des lombrics est plutôt un accident curieux qu'un phénomène véritablement important.

Mais c'est surtout la phlébite qui constitue une complication intéressante dans l'espèce. Il n'est pas habituel que cette affection atteigne le membre supérieur ni surtout la face. Veillard dans sa thèse (Paris 1881)

n'en rapporte que trois exemples, ce qui contraste avec le nombre relativement considérable des cas de phlébite du membre inférieur. Si l'on ajoute un fait de Virchow (oblitération de la veine jugulaire interne) et un autre de Thomas Cote (thrombose de la veine innominée gauche), on aura établi à peu près le bilan de la phlébite typhique localisée au système cave supérieur.

Ce n'est pas seulement à cause de sa localisation que notre cas nouveau semble offrir de l'intérêt, c'est aussi par la date d'apparition. Tous les auteurs sont unanimes (Murchison, Trousseau, Betke, Hutinel, etc.) pour en faire un accident de la convalescence. Or chez notre malade, la phlébite se développait huit jours seulement après la première apparition de taches rosées lenticulaires; et tout en tenant compte du retard de ces dernières, il faut reconnaître que la lésion phlébitique a fait suite à la fièvre typhoïde sans intervalle apyrétique ni début de convalescence. Du reste, à part les légers accidents pulmonaires, qui semblent bien devoir être mis sur le compte de petites embolisations, cette complication a évolué très-simplement et guéri avec une grande rapidité, sans influencer notablement, en particulier, la courbe thermique.

Il va sans dire que nous ne pouvons fournir de renseignement spécial concernant la pathogénie de cette phlébite. On sait que les observations modernes tendent à en faire une phlébite infectieuse, indépendante du bacille d'Eberth et conditionnée par d'autres microbes, en un mot développée par infection secondaire (Hutinel, Dunin, Vaquez). En tout cas, on peut dire que, dans notre observation, il s'agirait d'une infection secondaire au minimum, à l'évolution rapide, qui n'influençait d'une manière marquante ni l'état général ni la marche de la température comme cela a été vu communément dans les cas analogues.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juin 1890. — Présidence de M. HERMITE

De la craniectomie dans la microcéphalie (1). — M. LANNELONGUE. Je ne veux invoquer, au début de ce travail, ni des raisons de théorie pure, ni les enseignements de la physiologie ou de la clinique, pour justifier une opération dont l'entreprise a été suivie des plus heureux effets. Il me paraît préférable de faire connaître tout d'abord l'état du jeune sujet chez qui la tentative a eu lieu le 9 mai 1890.

C'est une petite fille âgée de quatre ans, offrant les déformations crâniennes et les signes de la microcéphalie sous sa forme grave. Elle est née à terme, sans aucun accident, d'un père âgé de trente-huit ans, et d'une mère âgée de trente-cinq ans, tous deux exempts de défectuosités physiques, et jouissant d'une bonne santé. On ne trouve aucune influence héréditaire pour expliquer l'état de cette fillette qui a cinq frères ou sœurs tous bien portants. La mère raconte que sa petite fille a toujours été beaucoup plus en retard que les autres. Jusqu'à trois ans, elle n'a pris que des aliments liquides; elle n'a jamais marché et elle ne se tient même pas debout. Depuis quelques semaines seulement, on lui fait balbutier quelques syllabes, toujours les mêmes. La salive s'écoule hors de la bouche, comme chez le nouveau né.

Les apparences de cette fillette sont celles d'une enfant de deux ans, imparfaitement développée; elle est toute petite, chétive, et quoique ses yeux soient brillants et très mobiles, elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle et on ne parvient pas à captiver son attention. On la voit dans son lit pousser continuellement des cris inarticulés et balbutier les mêmes monosyllabes en s'agitant sans cesse et sans but.

Le corps tout entier est grêle dans toutes les dimensions; la taille est de 77 centimètres, la circonférence du thorax mesure 45 centimètres au niveau des mamelons; la charpente osseuse des membres est petite, les extrémités sont longues et effilées.

Lorsqu'on met l'enfant debout elle tombe immédiatement et de tout son poids lorsqu'on cesse de la maintenir; si on veut la faire marcher, en la soutenant par les bras, on n'y parvient pas; mais les membres inférieurs s'agitent alors en exécutant des mouvements désordonnés et très précipités, toujours dans le même sens. Il n'y a, en effet, aucun déplacement antéro-postérieur du tronc, et il faut la porter pour la faire aller en avant; mais l'enfant soutenue lève et abaisse alternativement les membres inférieurs avec une extrême rapidité et en piétinant sur place; cesse-t-on de la soutenir, elle s'affaisse immédiatement.

On ne constate chez ce bébé ni contractures, ni paralysies; la sensibilité générale paraît normale : les réflexes ne sont pas augmentés, il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La tête de cet enfant, d'un très petit volume, présente en outre une déformation remarquable. Le crâne est étroit, très aplati transversalement, saillant sur le vertex : c'est le type du genre scaphoïdien.

La face présente un prognathisme assez accusé : elle est amincie en travers; le nez est développé et aquilin; le front est fuyant et très étroit. De tous les diamètres crâniens, un seul se rapproche de l'état normal : c'est l'antéro-postérieur ou occipito-frontal qui mesure 155 millimètres. Les autres, très amoindris, atteignent : le biparié tal 119 mm.; le biauriculaire, 105 mm.; le bifrontal, 86 mm.

Telle est la jeune personne, vrai type de microcéphalie avec idiotie, confiée accidentellement à mes soins. Je n'eusse certainement pas songé à intervenir sur elle, d'une façon quelconque, si je n'avais pas eu précédemment, au mois de mars 1890, l'occasion de faire l'autopsie d'un cas semblable provenant du service de mon collègue, M. Legroux. Mais avant d'en parler, qu'il me soit permis de rappeler les courants d'opinion qui existent actuellement sur cette question obscure de la microcéphalie.

Attribuant une importance prépondérante au crâne, Wirchow crut devoir rapporter à une ossification prématurée des sutures la cause de l'arrêt de développement de cet organe. Le crâne fermé, sa capacité était désormais limitée, et l'évolution cérébrale, se trouvant entravée, était, elle aussi, frappée pour toujours d'un arrêt de développement. Doctrine séduisante, paraissant expliquer à merveil

(1) Je me sers du mot *craniectomie* qui n'a pas, je crois, encore été employé, le trouvant plus conforme à l'opération dont il s'agit que le mot trépanation.

certaines déformations particulières du crâne, mais qui devait plier devant les faits et ne rester qu'à titre d'exception. C. Vogt (1), Broca (2), Montané (3), etc., présentaient d'abord des exemples peu nombreux, il est vrai, mais probants, établissant que les sutures sont constamment fibro-cartilagineuses, chez les jeunes microcéphales, et ce n'est qu'entre vingt et quarante ans qu'on observe une ossification prématurée portant exclusivement sur les sutures sagittale et squammeuse, dans la moitié des cas (Montané), quatre fois sur sept (C. Vogt).

Mais ces auteurs ont remarqué, avec beaucoup d'autres observations et le fait demande à être relevé, que les sutures sont serrées normalement chez eux en même temps que les fontanelles sont elles-mêmes très rétrécies à la naissance.

Du moment que l'ossification prématurée des sutures n'était plus la règle, on devait penser, et P. Broca fut un défenseur convaincu de cette opinion, que la microcéphalie provenait d'un arrêt portant originellement sur le cerveau et non point sur l'encéphale. C'est le cerveau qui serait, en somme, l'organe essentiel du développement crânien, qui le commande, alors que celui-ci ne fait que le suivre en s'adaptant à sa forme.

La nouvelle doctrine n'est pas une hypothèse : Baillarger, Vogt, Broca, Ducatte (4), Bourneville (5), etc. ont décrit avec soin le cerveau des microcéphales qu'ils ont observés ; ils ont enregistré l'apparence normale du cerveau, dont la forme, la dimension, sont seulement rudimentaires et plus exiguës : les circonvolutions sont aplaties, plus unies, quelques-unes sont atrophiées et anormales ; les espaces qui les séparent sont agrandis. Mais en même temps qu'on produisait des faits pouvant faire croire que la microcéphalie était un retour ataxique vers les Primates, des données d'un autre ordre, montraient la question sous un point de vue différent. On avait, depuis longtemps, constaté une hydropisie ventriculaire ou méningée, dans certains cerveaux de microcéphales ; dans ces derniers temps, des études encore incomplètes, mais en cours d'élaboration, ont fait voir qu'il y a des altérations cérébrales proprement dites, des scléroses limitées ou diffuses, en voie d'évolution, Bourneville (6), Hill (7), Hutchinson (8), en ont cité des exemples.

Elles coïncident d'habitude avec des altérations notables des parois osseuses du crâne, telles que l'hyperostose, une irrégularité d'épaisseur, un amincissement de cette paroi, des sutures plus serrées, des fontanelles anormalement rétrécies.

La microcéphalie ne représente plus, en réalité, un type clinique exclusif, elle correspond à des variétés propres par la nature des altérations primitives qui l'engendrent. Mais la question, présentée sous cette forme, est encore à l'étude et, en attendant que des notions plus précises l'aient éclairée, on doit se borner à admettre que le cerveau est d'habitude plus ou moins atteint et que le crâne offre des altérations d'une époque contemporaine ou postérieure.

Dans ces conditions, j'ai pensé qu'on pouvait peut-être modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée et chercher à lui donner un nouvel essor, en écartant, dans une certaine mesure, la résistance du crâne, principalement dans la région où le cerveau possède des centres qui exercent la plus grande influence sur la vie de relation.

Les résultats obtenus sont assez significatifs dès à présent pour qu'il soit utile de les divulguer avec le procédé opératoire suivi.

Le crâne a été ouvert, non pas à la manière des trépanations ordinaires, mais dans un lieu d'élection, le long de la suture sagittale, et on pourrait prolonger le débridement crânien le long des sutures voisines ou au-delà de la suture frontale. Je pratiquai donc sur mon malade, à un travers de doigt de la ligne médiane, une longue et étroite ouverture crânienne, parallèle à la suture sagittale et partant de la suture frontale pour aboutir à la suture occipitale. En un mot, je fis au côté gauche du crâne qui était d'ailleurs notablement plus déprimé que le côté droit, une brèche, c'est-à-dire une perte de substance de neuf centimètres de longueur et de six millimètres en travers. On pratique aisément la tranchée dans les os, une fois qu'on a enlevé avec le trépan une petite rondelle, en se servant de pinces coupantes solides, fabriquées par M. Collin.

La dure-mère ne fut intéressée en aucun point et l'hémorrhagie des parties molles ayant été immédiatement arrêtée, il n'y eut pas, à proprement parler, d'écoulement sanguin par les canaux veineux du diploé, ni par les artères méningées.

On procéda ensuite à une réunion exacte de toute la plaie, sans drainage, en évitant de ramener le périoste au devant de la fissure osseuse. On jugea utile également, durant le cours de l'opération, de ne pas placer la plaie des téguments immédiatement au-dessus de la rigole osseuse, mais en dehors d'elle.

La cicatrisation fut obtenue en quelques jours, sans trace de pus, et la température ne dépassa jamais l'état normal.

Il convient de dire qu'il s'écoula, pendant l'opération un liquide séreux, sortant en très fines gouttelettes de la surface de la dure-mère ; le même suintement a continué sous le premier pansement, pendant quatre à cinq jours. Ce fait me fit hésiter et faillit me déterminer à inciser la dure-mère.

Un nouveau cas de microcéphalie s'étant présenté à nous, a été l'objet d'une seconde opération de crâniectomie le 20 juin ; elle a été pratiquée avec le concours de M. Poirier, chef des travaux anatomiques de la faculté, et le manuel opératoire a été un peu modifié. Le sujet est un type d'idiotie plus accentué que le précédent. Le projet opératoire devait consister à débrider en plus le frontal du côté gauche, en même temps que le pariétal du même côté. Ces deux débridements pratiqués exactement comme chez Valentine P...., il restait entr'eux un pont correspondant à la suture fronto-pariétale ; mon collègue, M. Poirier, me

(1) Vogt, Mémoire sur les microcéphales ou hommes-singes, Genève, Bâle 1867.

(2) P. Broca, Sur un cas excessif de microcéphalie, Bull. Soc. anthropologique, Paris, 1876, 2e série, 2. XI, p. 85, et sur un microcéphale, âgé de deux ans et demi, ibid., 1880, 3e série, 2. III, p. 387.

(3) Baillarger, Ossification précoce chez les microcéphales, Bull. Acad. méd., Paris, 1855-1856, t. XXI, p. 954.

(4) Ducatte, la Microcéphalie au point de vue de l'atavisme, thèse, Paris, 1880.

(5) Bourneville et Wuillamié, note sur deux cas de Microcéphalie, Bull. Soc. anat., 1881, 4e série, 2. VI, p. 756.

(6) Bourneville, Bull. Soc. anat., 1881, 4e série, t. VI.

(7) Hill, The anatomy of hydromicrocephalous brain, J. anat., and phys. London, 1884-85.

(8) Hutchinson, Brit. Med. 7, 2. XIX, p. 363, London, 1886, 2. I, p. 1018.

profondeur, si elles rencontraient un pneumogastrique encore actif, ne pourraient que contribuer à maintenir l'arrêt du cœur qu'elles sont destinées à combattre. Cette pratique est du reste absolument inutile et ne sert qu'à faire perdre un temps précieux.

§ 2. Les expériences qui ont établi la perte d'activité des nerfs cardio-accélérateurs et de leurs centres médullaires aux périodes avancées de l'anesthésie et *a fortiori* aux périodes d'accidents toxiques sont directement utilisables : elles permettent de comprendre qu'il ne faut pas compter sur un réveil du cœur observé par la stimulation directe ou réflexe des appareils cardio accélérateurs. De là une nouvelle raison de l'inutilité des applications de courants excitateurs à la base du cou qu'on pourrait employer dans le but d'exciter ces nerfs cardiaques démontrés inexcitables.

III. *Période d'intoxication respiratoire et cardiaque.* — Les expériences montrent que l'empoisonnement chloroformique atteint le cœur lui-même aussi bien que les centres automoteurs respiratoires ; elles établissent que l'arrêt du cœur, tout consécutif qu'il soit par rapport à l'arrêt respiratoire, n'est pas la conséquence immédiate, asphyxique, de cette suspension de la respiration.

De là une indication précise dans la pratique et une raison déterminante dans le choix du meilleur procédé de respiration artificielle : celle ci doit, non seulement renouveler l'air du poumon, mais aussi et surtout *laver* le cœur du sang toxique qui baigne son tissu.

IV. *Procédés curatifs des accidents respiratoires et cardiaques.* — Les expériences qui ont établi le mécanisme absolument différent des arrêts du cœur et de la respiration dans la phase initiale et dans la période toxique de la chloroformisation, comportent des indications précises sur les choix des moyens destinés à combattre ces accidents.

1° Elles montrent l'inutilité et même le danger de la pratique de l'électrisation faradique du cœur et de la poitrine dans les périodes où les nerfs d'arrêt cardiaque sont éminemment excitables, et l'inutilité de cette même pratique quand, plus tard, les centres nerveux ont perdu leur excitabilité réflexe.

2° Elles établissent l'importance de la respiration artificielle. Celle-ci peut être tout aussi bien pratiquée par manœuvre externe quand le sang n'est pas empoisonné que par insufflation pulmonaire; mais le seul procédé présentant quelque garantie contre les accidents d'intoxication est celui de l'insufflation laryngo-trachéale combiné aux pressions rythmiques du thorax.

M. Le Fort. C'est peut-être pour le chloroforme qu'on a le moins sujet de conclure de l'animal à l'homme. Si les physiologistes ont chloroformisé pas mal de lapins, nous avons chloroformisé pas mal d'hommes. Nous avons donc de l'expérience. Les expériences physiologiques semblent avoir prouvé que la mort dans la chloroformisation est causée par des réflexes partant des muqueuses nasale ou buccale ou respiratoire. Pour nous, nous savons que les accidents du chloroforme ne viennent que dans la première partie de l'opération ; les expériences physiologiques ne nous apprennent donc rien à ce point de vue. On perd des malades par le chloroforme, quoi qu'on fasse Il y en a déjà une douzaine dans les hôpitaux de Paris depuis le commencement de l'année. Il y a chez l'homme des conditions qu'on ne peut reproduire chez les animaux. L'homme est un animal qui sent et qui réfléchit, ce qui n'arrive pas chez le lapin ; un certain nombre de malades sont morts du chloroforme parce qu'ils en avaient peur.

Un grand nombre des accidents mortels, surtout des syncopes survenus chez l'homme, viennent de ce que le malade paraît oublier de respirer ; mais le malade étant endormi et bien endormi. on coupe un nerf, on agrandit une incision de la peau, le malade pâlit et meurt; l'influence paraît être la même que l'homme soit endormi ou non.

La grande préoccupation des malades, c'est que nous ne commencions l'opération avant qu'ils ne soient complètement endormis. Cela peut-être chez eux la cause de la syncope et de la mort. J'ai vu un seul malade mourir par le réflexe nasal.

Lorsque nous devons opérer un malade il ne faut donc pas le palper, l'examiner avant qu'il ne soit complètement endormi.

Cette discussion continuera dans la prochaine séance, M. Verneuil est inscrit pour prendre la parole.

Abcès du foie. — M. J. Rochard fait un rapport sur deux travaux présentés par M. Bertrand, de Brest, l'un *sur la valeur séméiologique du frottement péri hépatique dans les abcès du foie*, l'autre *sur la nature microbienne de ces abcès*.

A 4 heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre d'associé étranger. La commission présentera les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne ex æquo : MM. Van Beneden et West ; en 2e ligne M. Fayrer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1890. — *Présidence de* M. Nicaise.

Traitement du torticolis. — M. Jalaguier a coupé six fois le sternomastoïdien, deux fois dans son chef sternal, trois fois dans ses deux chefs et une fois il a sectionné les deux tendons, l'un après l'autre. Ces opérations ont été faites cinq fois par la méthode sous-cutanée, sans difficulté. La section de la superficie à la profondeur lui paraît préférable et, en passant la pulpe du doigt sous le chef qu'on va sectionner, on a une notion fort exacte de ce que l'on fait. L'appareil de Sayre qu'il a toujours appliqué lui paraît aussi un réel progrès.

M. Championnière emploie depuis bien longtemps la méthode à ciel ouvert et proscrit absolument les incisions sous-cutanées. On voit de cette façon ce qu'on fait et on ne s'expose pas à la production d'un épanchement sanguin qui, dans le procédé sous-cutané, peut donner lieu à des accidents.

M. Berger pense que la méthode sous-cutanée pourrait, à un certain moment, être moins innocente que la méthode à ciel ouvert, mais celle-ci ne sera pour lui que l'exception à cause de la cicatrice qui, d'abord de 3 centimètres, peut ultérieurement en avoir 7 à 8.

M. Kirmisson convient que la cicatrice constitue un inconvénient, mais bien petit à côté des avantages que donne la méthode à ciel ouvert qui du reste, dans certains cas, peut seule réussir et qui est toujours plus sûre.

M. Quenu a opéré, il y a quelques jours, un torticolis en sectionnant à ciel ouvert le faisceau sternal et le faisceau claviculaire. Il a été frappé des quantités de brides fibreuses qu'il a été obligé de sectionner et qui n'auraient pu être

décida à le faire sauter et la chose eut lieu sans ouvrir la dure-mère. La perte de substance de la paroi osseuse du crâne mesurait, dans ce cas, quatorze centimètres de longueur. Les suites immédiates de l'opération ont été des plus simples, c'est-à-dire sans réaction fébrile et sans suppuration.

La crâniectomie a été faite chez mon premier sujet le 9 mai et, à la date du 15 juin, on a constaté des résultats que je me suis refusé à consigner moi-même, laissant ce soin à mon interne, M. Dupré ; les élèves du service et des médecins étrangers ont pu eu peuvent encore les contrôler.

« L'état de Valentine P....., dit M. Dupré a beaucoup « changé et s'est notablement amélioré depuis l'opération « qu'elle a subie. L'enfant est beaucoup plus calme. Les « cris presque incessants qu'elle poussait ont cessé dès le « lendemain de l'opération. Elle paraît s'intéresser à ce qui « se passe autour d'elle, joue, rit et semble très heureuse « qu'on s'occupe d'elle. Elle comprend, essaie de parler « et prononce quelques mots.

« Aujourd'hui, elle se tient debout, toute seule, sans « qu'on la soutienne. Elle ne piétine plus sur place, elle « marche et fait des pas très réguliers, en titubant un peu « quand elle se presse, comme tous les enfants qui com- « mencent à marcher. A ce point de vue surtout, les pro- « grès sont réels et l'amélioration indiscutable.

« Enfin, elle ne bave plus; ses sécrétions nasales sont « normales.

« En somme, les phénomènes d'excitation cérébrale ca- « ractérisés par les cris incessants et par la trépidation des « membres inférieurs dans la station verticale, l'enfant « étant soutenu, ont complètement disparu.

« Le développement de l'intelligence paraît se faire pro- « gressivement, et en tenant compte de l'éducation que « l'enfant reçoit dans la salle, il est incontestable qu'elle a « fait des progrès rapides et réels depuis l'opération. L'en- « fant aujourd hui mange à table.

« L'état local est parfait, la cicatrice est mobile et non « adhérente. On sent un peu en dehors d'elle une dépres- « sion linéaire peu profonde et étroite, correspondant à la « perte de substance de la boîte crânienne. »

Il est à remarqner que, quelle que soit l'influence exercée par l'acte opératoire, une part du résultat doit être attribuée à l'éducation de l'enfant C'est la seconde partie du traitement, et elle en est le complément nécessaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 1er juillet 1890. Présidence de M. Moutard-Martin.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr FARGES, d'Angers, qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la 1re division (médecine).

M. LE ROY DE MÉRICOURT dépose de la part de M. le Dr LÉDÉ un mémoire sur la mortalité parmi les enfants de Paris envoyés en nourrice.

M. MARJOLIN dépose de la part de M. le Dr CARASSUS, de Milly (Seine-et-Oise), une note sur l'inspection des nourrices dans le canton de Milly.

M. Albert ROBIN présente de la part de M. le Dr PERCEPIED un travail manuscrit intitulé : Recherches sur l'action physiologique des eaux du mont Dore.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. GOUBAUX, membre titulaire de la section de médecine vétérinaire, ancien directeur de l'école d'Alfort.

Du champ d'action du thermo-cautère. — M. PANAS présente différentes formes de couteau de thermo-cautère pouvant servir à divers usages, en particulier pour les yeux et les dents. Le thermo-cautère peut même remplacer l'anse galvanique; pour cela il faut appliquer d'abord une anse d'écraseur linéaire et couper avec le thermo-cautère à mesure que l'anse est rétrécie.

Le thermo cautère offre un avantage sur l'anse galvanique: cette anse peut chauffer différemment en ses divers points et comme elle coupe de la profondeur vers la surface il n'y a aucun moyen de contrôle. Au contraire avec le thermo-cautère on coupe de la surface vers la profondeur et alors on peut à tout moment augmenter ou diminuer, suivant le besoin, la chaleur de l'instrument.

Sur trente-trois muscles présternaux. — De la reproduction de la formule aortique de l'orang, du gibbon, de tous les autres singes et des carnassiers chez l'homme. — M. le Dr LEDOUBLE (de Tours) lit deux très intéressants mémoires d'anatomie, le premier sur les anomalies du muscle pré-sternal, le second sur la crosse de l'aorte envisagée dans une partie de la série animale. (Comm. MM. Marc, Sée, Mathias Duval.

Accidents du chloroforme. — M. François FRANCK, continuant son discours, étudie les accidents de la période d'absorption et donne les conclusions suivantes :

Phase d'excitation vraie. — I. Les expériences qui ont établi que l'excitabilité des centres nerveux est exagérée dans la période initiale de l'absorption graduelle du chloroforme (*phase d'excitation vraie*) comportent des applications pratiques immédiates.

1° Elles expliquent la gravité des accidents réflexes (spasme respiratoire et suffocation plus ou moins accusée, — syncope respiratoire par inhibition, — syncope cardiaque plus ou moins complète, — spasme-vaso-moteur encéphalique avec troubles d'anémie cérébrale), tous accidents qu'on a relevés à la charge du chloroforme et qui résultent de l'intervention hâtive, intempestive, illogique de l'opérateur précisément au moment où existe à son maximum le danger du retentissement d'une irritation périphérique brusque.

2° Les mêmes expériences rendent compte du mécanisme de l'arrêt réflexe du cœur et des syncopes respiratoires.

3° Elles révèlent aussi la raison de l'efficacité (presque toujours constatée) des moyens employés pour réveiller une respiration suspendue, un cœur arrêté et pour supprimer un spasme respiratoire inquiétant.

4° Elles montrent le bénéfice des moyens préventifs atténuant l'excitabilité centrale et en particulier celle des centres respiratoires et cardio-modérateurs.

II. *Phase d'anesthésie régulière* (phase opératoire). — § 1. Les expériences qui ont établi la diminution et même la perte d'action des appareils d'arrêt du cœur, aussi bien dans les centres qu'à la périphérie, à partir du début de la période anesthésique (phase opératoire) comportent les principales applications suivantes :

1° Elles expliquent la disparition des arrêts réflexes du cœur sous l'influence de l'irritation périphérique opératoire (perte des réflexes cardio-modérateurs).

2° Elles expliquent l'heureuse inefficacité des décharges d'induction qu'on applique parfois le long du cou sous le prétexte de rappeler les mouvements du cœur en excitant... on ne sait quels nerfs ; de telles irritations qui fusent en

atteintes par la section sous-cutanée. Enfin, en coupant le tendon sternal hypertrophié, il sectionna une veine volumineuse qu'il n'avait pas vue et qui donna beaucoup de sang, il put jeter une ligature et éviter ainsi un accident.

Enfin au bout de huit jours, sans appareil, la difformité était guérie et l'enfant faisait facilement tous les mouvements de la tête.

Suppurations de la trompe et des ovaires ouvertes par le vagin. — M. Bouilly rapporte six observations d'ouvertures de collections salpingées ou ovariques ouvertes par le vagin. Il s'agit non pas d'abcès du ligament large ou du cul-de-sac de Douglas, ni d'hématocèle juxta-utérine; mais de ces collections élevées qu'il faut aller chercher haut, au-dessus des culs-de-sac latéraux.

Dans le premier cas, M. Bouilly fit une laparotomie, mais il trouva la collection si profonde, si recouverte d'adhérences, qu'il lui fut impossible de songer à l'ouvrir par l'abdomen, il fit donc l'ouverture par le vagin en faisant déprimer la collection par la fosse iliaque et évacua le pus au thermo-cautère. Il eut une hémorrhagie secondaire qu'il attribua à cet instrument et dont il ne se servit plus dorénavant. La malade guérit.

Dans la 2e et la 3e observation, il y avait comme toujours une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque, l'opération fut faite au bistouri et les malades guérirent rapidement.

La malade de la 4e observation avait une endométrite, subit un curettage, qui détermina un abcès de la trompe gauche. Il employa le même procédé, la guérison fut lente mais cependant obtenue.

Le 5e cas se présentait autrement, c'était une femme mariée qui, quelques jours après ses noces fut prise d'accidents fébriles Une collection purulente se forma dans la trompe gauche, sensible dans la fosse iliaque du même côté et s'ouvrit dans le rectum. Quand M. Bouilly vit la malade, il y avait de la fièvre, l'état était grave et la communication avec l'intestin rendant la laparotomie impossible, il ouvrit l'abcès par le vagin et au bout de trois mois il reste encore une fistule. Enfin la dernière malade fut opérée dans les mêmes conditions avec une température de 40 degrés.

Les indications de l'ouverture par le vagin doivent être tirées de l'état grave dans lequel se trouvent les malades et aussi de la collection qui doit être uniloculaire et bien limitée. On peut arriver à l'aide du toucher vaginal combiné avec la pression de la fosse iliaque à bien se rendre compte de l'état de cette poche purulente. Quand les annexes des deux côtés sont prises, il est certain qu'il faut faire la laparotomie qui intervient à droite et à gauche à la fois par une seule et même opération. Quant au manuel opératoire, je est le suivant: si le cul-de-sac ne bombe pas, il faut le faire abaisser par la main d'un aide qui comprime l'abcès. Il faut opérer sous le chloroforme en faisant avec le trocart une ponction dans la demi-zone inférieure du col et introduire le bistouri sur ce trocart. Il faudra se méfier des vaginales qui battent sous le doigt, drainer et faire un grand et unique lavage immédiat.

M. Polaillon rappelle que M. Laroyenne (de Lyon) procède de cette façon avec un instrument spécial. Pour sa part, il a employé une fois ce procédé; mais il a eu un insuccès.

M. Routier a fait aussi une incision par le vagin dans les mêmes conditions que M. Bouilly, mais la malade a mis six mois à guérir.

M. Reclus intervint de la même façon ; mais il resta une fistule. Il se demande quelle est la conduite à tenir dans les cas où les parois épaisses empêchent la cicatrisation profonde.

M. Monod a eu aussi une fistule qui a mis deux ans à guérir, sur une malade opérée dans les mêmes conditions.

M. Bouilly connaissait le travail de M. Laroyenne qui a eu le tort d'étendre ce procédé à toutes les suppurations et qui a souvent des fistules.

E. Rochard

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin. — Présidence de M. Dumontpallier

Automatisme comitial ambulatoire. — M. Chantemesse présente, en son nom et au nom de M. Widal, un malade qui a des accès de déambulation automatique durant plusieurs jours, mais qui, en outre, a des accès de forme plus légère qu'il peut maîtriser dans certains cas.

Cet homme a des antécédents héréditaires névropathiques très chargés du côté paternel. Son père, son grand-père, un de ses oncles sont alcooliques, il a de ce côté plusieurs aliénés dans sa famille. En outre, sa mère est nerveuse.

Pour lui, il s'est toujours bien porté. Cependant, jusqu'à l'âge de 14 ans, il urinait au lit. Pendant la guerre de 1870, il a eu un seul accident pouvant faire penser à l'épilepsie. Cet homme ne boit pas, ce n'est pas un alcoolique, il était même un excellent soldat.

Sorti du régiment, il se fit remarquer par son caractère renfermé et son insociabilité, il ne s'est pas marié. Il obtint une place d'employé à l'octroi. Mais alors il eut de violents chagrins qui provoquèrent des accidents de déambulation plus graves.

Il quitta bientôt sa place pour entrer dans une usine sucrière, où il fut repris des mêmes accidents.

En outre de deux grands accès, il a eu de plus petits accès de plus courte durée. Il se rend assez bien compte de ces petits accès, car une fois revenu à l'état normal, il se souvient de l'aura qui a précédé sa période d'automatisme. Cette aura débute souvent plusieurs heures d'avance, elle consiste en une sensation de martellement autour des yeux, aux tempes et au front. Ces accès d'automatisme léger sont assez fréquents et sont souvent remarqués par ses camarades. Dans ces moments, il se met à travailler avec une rapidité anormale, sa figure devient pâle, puis il rentre chez lui, il fait du bruit, casse ses meubles, son poêle, ce qui cause parfois des brûlures. Ses camarades ne le dérangent pas pendant ses accès.

Les petits accès deviennent de plus en plus fréquents. Quand il lit il a l'habitude de faire une corne à son livre pour retrouver la page où il a laissé sa lecture. Mais souvent il lui arrive de ne pas se reconnaître à l'endroit marqué, s'il relit sa lecture de la veille, il se souvient de la première partie, mais il a totalement oublié la seconde, il a passé tout d'un coup de l'état normal à l'état second, a continué sa lecture néanmoins mais sans en garder le souvenir. En revanche il lui semble se souvenir de choses qui n'étaient pas du tout dans son livre. Des faits analogues se produisent quand il écrit. La première partie de sa lettre va bien, puis à un moment donné, il entre dans son état second et continue à écrire, mais ce qu'il écrit n'a plus aucun rapport avec ce qui précède, il écrit n'importe quoi :

quand il veut expédier sa lettre, il est obligé de recopier sa première partie, puis arrivé à la seconde partie, il est alors capable, par un effort de volonté, de se maîtriser et d'écrire convenablement jusqu'à la fin.

Cet homme a, en outre, des phénomènes d'hystérie, il a de l'anesthésie de la moitié externe du pied, de l'insensibilité pharyngienne, de l'affaiblissement de l'ouïe.

Il est actuellement amélioré par le bromure à très hautes doses, 4 grammes par jour pendant une semaine, puis 5 grammes pendant une autre, puis 6 grammes dans la suivante et ainsi de suite. Depuis que le traitement est commencé, il n'a eu qu'une fois la sensation de martellement, mais cette aura n'a pas été suivie de crise, tous ces accidents d'absence ont disparu.

Ces cas d'automatisme ambulatoire épileptique sont assez rares, mais en outre ce malade a, en partie, la faculté de maîtriser ses attaques, ce qui n'a pas encore été signalé.

M. Duponchel. Il est utile d'insister sur l'importance de l'automastisme ambulatoire au point de vue médico-légal. Sans aborder la grosse question des crimes et délits commis en l'état d'automatisme, il est bon de rappeler que le seul fait de s'absenter d'un endroit déterminé peut à lui seul, quand il s'agit de soldats, constituer un crime ou un délit prévu par le Code de justice militaire. Précisément, le malade présenté par MM. Chantemesse et Widal, a été militaire, et nos collègues nous apprennent qu'il a subi une punition de salle de police, à propos de l'un de ses accès.

Il faut donc vulgariser autant que possible, la connaissance de ces faits. Les parquets des conseils de guerre, les médecins et les avocats appelés à assister ces conseils doivent savoir que, parmi les inculpés qu'ils auront à examiner, il peut se rencontrer des sujets ayant déserté ou abandonné leur poste, sous l'influence d'une impulsion morbide, et dans un état qui justifie pleinement l'application de l'article 64 du Code pénal.

M. Chantemesse. Il y a un autre point que je dois signaler. Cet homme n'est pas venu nous trouver pour ces accidents d'automatisme, il y a quelque pudeur à les faire connaître. Il se plaignait exclusivement d'accès d'angine de poitrine. Or, ces accès d'angine coïncidaient avec des accès d'asphyxie locale des extrémités. Ce fait est intéressant au point de vue de la théorie des angines de poitrine dites hystériques. Il semble bien que chez lui il se faisait simultanément des contractions des vaisseaux aux extrémités et au cœur. Il réalisait ainsi de l'angine de poitrine par ischémie cardiaque spasmodique.

Traitement de la pneumonie grave par les bains froids. — M. Henri Barth. L'idée d'appliquer le froid au traitement de la pneumonie n'est pas chose nouvelle.

J'ai essayé ce traitement sur sept malades dont six étaient très gravement atteints. Un seul a succombé.

Pour juger quels sont les cas où on peut rationnellement l'employer, il suffit de se remémorer les points essentiels de la physiologie pathologique du malade atteint de pneumonie, et de réfléchir, d'autre part, aux effets directs et indirects du bain froid sur l'organisme chez le pneumonique.

La fluxion pulmonaire initiale favorise la pullulation du pneumocoque dans le parenchyme atteint; bientôt l'exsudat coagulable remplit les alvéoles, les distend, comprime le réseau capillaire de leurs parois, et le lobe hépatisé se transforme en un bloc solide, offrant à la circulation sanguine et aérienne un obstacle égal; pendant ce temps l'organisme réagit par une fièvre intense; les combustions organiques exagérées exigent un apport plus abondant d'oxygène et par conséquent une accélération des échanges gazeux dans les parties du poumon restées perméables; les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques se précipitent; le cœur droit, dont la tâche est ainsi triplement accrue, lutte avec peine contre l'obstacle pulmonaire. L'épreuve qu'il subit est d'autant plus rude que plusieurs influences défavorables se combinent pour entraver sa nutrition, son innervation même; c'est l'hyperthermie fébrile qui altère directement sa texture, c'est l'altération du liquide sanguin chargé de résidus toxiques, et imparfaitement dépuré par le filtre urinaire encombré, qui paralyse la fibre cardiaque et ses ganglions excito-moteurs. Si la contraction du cœur faiblit, la congestion passive des poumons vient aggraver le péril, et en compromettant l'hématose, provoquer l'épuisement définitif des centres nerveux. A tous ces dangers s'en ajoute un autre plus sérieux encore quand le microbe pathogène, introduit dans le sang, infecte l'organisme entier et va provoquer dans les plèvres, dans l'endocarde, dans les méninges même, de nouvelles et redoutables localisations morbides.

Quels sont, d'autre part, les effets du bain froid? Longtemps on n'a voulu y voir que le fait matériel d'une soustraction de chaleur. C'est là un point de vue étroit et faux. Assurément le bain froid soustrait du calorique: Limité d'abord à la peau et aux tissus sous cutanés, par suite de la contracture des vaisseaux périphériques, le refroidissement se propage aux parties profondes quand le sang, affluant de nouveau dans les téguments, rétablit l'équilibre; mesuré dans le rectum il atteint son maximum une demi-heure environ après le bain; il varie alors entre un demi-degré et un degré et demi. La température remonte ensuite plus ou moins rapidement. Mais cette réfrigération momentanée, bien qu'importante et salutaire, n'est pas l'unique résultat du bain froid. Au moins aussi dignes d'attention sont ses effets sur l'appareil respiratoire.

Deux phénomènes opposés se succèdent; d'abord, pendant l'immersion, le froid sur la peau détermine une contracture violente des vaisseaux périphériques et le reflux du sang vers les cavités profondes; la tension sanguine s'accroît et le travail du cœur avec elle. Le malade retiré du bain, la réaction détermine un mouvement inverse: le sang afflue de nouveau dans les vaisseaux cutanés, les distend, et abandonne en partie les cavités splanchniques; il se produit une révulsion énergique, analogue à celle que déterminerait l'urtication, jadis préconisée par Trousseau.

En même temps qu'il agit sur l'appareil circulatoire, le bain froid exerce sur le système nerveux une stimulation énergique. Toutes les parties du système nerveux éprouvent cette influence tonique et sédative à la fois, et chacune d'elles la manifeste par un accroissement d'énergie de sa fonction propre. Enfin, le bain froid augmente les sécrétions.

Ainsi le bain froid ne se borne pas à combattre l'hyperthermie; décongestionner le cerveau, le poumon, fortifier le cœur et les centres nerveux, combattre l'infection en favorisant la sécrétion urinaire, il peut tout cela dans la pneumonie comme dans toute autre maladie aiguë fébrile, mais à une condition, c'est que l'organisme soit en état de réagir. Il en est de l'antipyrèse comme de tous les agents thérapeutiques; le bain ne peut agir que s'il s'appuie sur un sol résistant.

Le bain froid, il est vrai, avant de soulager le cœur, lui

impose un surcroît de travail ; si sa texture est altérée, si son innervation est défectueuse, l'organe cardiaque peut fléchir sous la charge ; la syncope et l'asphyxie sont à craindre. De même les brusques changements de pression intravasculaire ne peuvent être supportés que par des artères souples. Enfin les centres nerveux subissent au moment de l'immersion un shock qui n'est pas sans danger ; si la cellule nerveuse est malade la stimulation n'aboutit qu'à l'épuisement, au collapsus.

Le premier soin à prendre avant d'appliquer les bains froids au traitement de la pneumonie, c'est de rechercher si le cœur, les vaisseaux, les centres nerveux sont en état de les supporter.

On ajoutera généralement au bain froid, comme stimulant, un peu de grog avant et du vin chaud après. Dans les cas graves, je fais pratiquer une injection de caféine avant le bain et une injection d'éther après.

Si la fièvre persiste malgré les premiers bains, on abaissera un peu plus la température des bains suivants.

L'acide lactique dans le traitement de la diarrhée. — M. Hayem. Depuis une première communication sur l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de la diarrhée microbienne des enfants et dans les diverses formes de la diarrhée des adultes, je n'ai pas cessé de m'occuper de cette question. Jusqu'à présent pour la diarrhée des adultes je ne compte que des succès. L'acide lactique est à peine mentionné dans les traités de thérapeutique récents, et pourtant son action dans le traitement des tuberculoses locales est bien connue. Son usage interne me paraît aussi efficace.

Dans l'estomac il se trouve en faibles proportions à moins qu'il ne s'agisse d'un repas de viande ou de lait, pendant la digestion du pain chez l'homme on n'en trouve que des traces. M. Winter et moi nous avons noté, de même que Boas, l'absence de l'acide lactique au moment où le contenu stomacal est le plus riche en acide chlorhydrique libre.

Agit-il dans la digestion ? A petite dose il me paraît antidyspeptique et il est antifermentescible comme l'acide chlorhydrique, cette action est plus faible et ne porte pas sur les mêmes germes que celle de l'HCl.

Il serait absorbé dans l'estomac par l'intestin sous forme de lactates qui se brûleraient dans le sang pour former des carbonates alcalins, lesquels passant dans l'urine, la rendraient alcaline. Cependant si l'on en fait ingérer de fortes doses, 10 grammes ou plus, il passe en nature dans les urines. Chez les diarrhéiques, on le retrouve aussi dans les selles, il peut donc traverser tout l'intestin et y exercer une action germicide et topique.

On a accusé l'acide lactique à hautes doses de soustraire des alcalins à l'organisme et de provoquer ainsi divers accidents : vomissements, diarrhée, amaigrissement. Heitzmann avait pensé que l'ostéamalacie et le rachitisme étaient dus à la décalcification des os par l'acide lactique, mais Heiss a pu faire prendre en dix mois à un chien la dose de 2,286 grammes d'acide lactique sans provoquer aucun trouble pendant la vie, ni aucune lésion à l'autopsie.

Je prescris l'acide lactique à la dose de 10 à 15 gr. sous forme de limonade.

Eau.....	800 gr.
Sirop de sucre.....	200 gr.
Acide lactique.....	de 10 à 15 gr.

à boire par demi-verres en dehors des repas.

Dans un certain nombre de cas je me contente de faire prendre comme unique aliment du képhir n° 2 à la dose de une à trois bouteilles, je l'ordonne en particulier aux phtisiques de mon service et j'évite ainsi la diarrhée chez eux. L'acide lactique agit moins bien dans les entérocolites, peut-être parce qu'il en parvient des doses trop faibles dans le gros intestin. Cependant, dans un cas de dysenterie sporadique au déclin, il a très bien agi et chez les typhiques il combat très bien la diarrhée.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison est souvent remarquable. Une dame âgée avait depuis deux ans une diarrhée qui avait fait penser à un cancer de l'intestin, en cinq jours l'acide lactique, à la dose de 8 grammes, produisit une telle constipation qu'il fallut la purger.

Plusieurs de mes malades atteints de diarrhée chronique avaient un suc gastrique hypoacide, l'acide lactique en relevant chez eux le taux de l'acidité, rendait les digestions plus faciles. Une dame hystérique était ainsi diarrhéique depuis cinq ans et son médecin pensait à une diarrhée nerveuse, elle fut guérie par l'acide lactique, elle avait un contenu stomacal hypoacide.

J'ai guéri de même trois cas de choléra nostras dont un appartient à M. Chauffard. Je n'hésiterais pas à proposer l'acide lactique à la fois comme agent curatif et prophylactique dans le choléra épidémique. Comme prophylactique, il suffirait de le prescrire à la dose de 4 à 6 grammes par jour ; comme curatif il faudrait l'employer le plus tôt possible à la dose de 10 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures.

L'asphyxie par la vapeur de charbon. Troubles cérébraux consécutifs, emphysème sous-cutané. — M. Laveran. Un soldat qui occupait dans un hôtel meublé un cabinet mal ventilé, n'ayant qu'un vasistas, mais sans fenêtre et sans poêle, avait allumé du charbon à même dans cette pièce. Le lendemain on le trouvait étendu sur le plancher ayant roulé au bas de son lit. On l'apporta à l'hôpital militaire dans un état de stupeur profond et incapable de fournir aucun renseignement.

La peau de la face est rouge, tuméfiée, il y a de l'emphysème sous-cutané à la face, au cou et au tronc. les membres supérieurs n'en présentent pas. Les extrémités sont froides, la température axillaire est de 38°4, le pouls est filiforme, incomptable, 32 respirations à la minute. Mictions involontaires. M. Génard examine le sang et constate que la réduction de l'hémoglobine se fait aussi vite que chez un sujet sain.

Le lendemain, le malade a un peu repris connaissance, mais il ne se souvient en rien de l'accident qui l'amène à l'hôpital, pas de paralysie, pas de trouble de la sensibilité.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, l'emphysème décroît et disparaît, l'état cérébral reste cependant inquiétant. Le malade se renferme dans un mutisme obstiné, ne répond que par monosyllabes, il refuse de se lever. Il a de la stupeur, de l'amnésie, il ne peut fournir aucun détail sur l'accident, ne peut donner l'adresse de son hôtel. On dut le mettre dans un cabanon pour le surveiller. Il y dormait toute la journée.

Un mois après son accident, il paraissait aller mieux, mais il ne se rappelle encore rien de son accident ni des circonstances qui l'avaient entouré.

Deux mois après, son état cérébral s'est encore amélioré, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, il lit, il ba-

laye, fait son lit. Cependant l'amnésie persiste.

En somme, c'est bien d'une intoxication par la vapeur de charbon qu'il s'agit dans ce cas, sans doute l'examen de son sang n'y a pas démontré la présence de l'oxyde de carbone, mais cela s'explique. Cet examen a été fait vingt-quatre heures après l'accident, or, Cl. Bernard démontre que l'élimination de l'oxyde de carbone est rapide, et se fait en 40 minutes chez le lapin, Gréhant l'a constatée au bout de 5 h. 1/2 chez un chien.

Cette observation présente deux points intéressants : les troubles cérébraux et l'emphysème.

Les troubles cérébraux ont été signalés par Barthélemy et Magnan, qui ont constaté qu'ils pouvaient se prolonger très longtemps et même devenir définitifs. Laborde a indiqué l'amnésie.

Quant à l'emphysème sous-cutané, il est plus rare et plus difficile à expliquer. Il est probable qu'au moment où la fumée de charbon s'est répandue dans la pièce, mon malade a été pris d'accès de toux et de mouvements respiratoires violents, une vésicule pulmonaire s'est sans doute rompue et a donné lieu à l'emphysème du médiastin d'abord, puis du tissu conjonctif sous-cutané.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 8 mai 1890. — Présidence de M. le professeur HAYEM.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. HALLION fait une communication sur un cas d'acholie. (V. ci-dessus, p. 417.)

M. HAYEM. — Je demanderai si chez cette femme taxée de chlorose, on a trouvé les lésions de l'aorte chlorotique.

M. HALLION. — L'aorte n'était pas rétrécie. Le cœur lui-même était normal et pesait 235 gr.

M. HAYEM. — C'est qu'il s'agit plutôt d'une anémie post-hémorrhagique, et qu'on pourrait difficilement en tirer des conclusions sur l'état du foie dans la chlorose Je n'ai pour mon compte jamais vu de chlorose mortelle en l'absence de complication. Naturellement les conditions anatomiques sont alors changées. Mais il n'en est pas moins vrai que l'étude du foie, dans ces cas, peut permettre quelques déductions sur ce qui revient à la chlorose même.

M. GIRODE fait une communication sur un cas de phlébite cervico-brachiale dans la fièvre typhoïde. (V. ci dessus, p. 419.)

M. HAYEM. — Je demanderai si c'est à dessein qu'on choisit ici l'étiquette de phlébite, plutôt que celle de phlegmatia alba dolens. Cette dénomination est habituellement réservée aux faits d'oblitérations veineuses survenant sans phlébite, par le fait de la stagnation et d'une augmentation du coefficient de coagulabilité. J'ai mentionné autrefois à la Société de Biologie l'observation d'une femme très robuste, qui, à la suite d'une pneumonie et le jour où elle quittait son lit pour la première fois, s'affaissa tout d'un coup et mourut subitement. On ne put retrouver l'embolus en cause ; mais les veines du mollet étaient oblitérées par des coagulations étendues, sans trace de phlébite. Voilà un cas, où l'influence de la stagnation est indéniable. Du reste, les conditions de la coagulation du sang présentent encore bien des points obscurs. Je n'en veux pour preuve que la singularité du fait suivant : on comprend entre deux ligatures une portion de la jugulaire du chien, et on injecte dans le segment stagnant un peu du sérum du même animal. En quelques minutes il s'est formé un coagulum total et solide. Sur le même animal on lie simplement l'autre jugulaire ; après quinze minutes, le sang est resté parfaitement liquide dans le segment stagnant compris entre les deux ligatures. Ici l'inflammation, pas plus qu'une intervention microbienne ne sauraient être mise en cause. Je crois donc qu'à côté des phlébites traumatiques ou infectieuses, il faut conserver l'ancienne phlegmatia alba dolens. Qu'on change le nom, qu'on dise si l'on veut : coagulation par stagnation, mais qu'on ne supprime pas ce type morbide.

M. GIRODE. — J'ai employé la dénomination de phlébite sans vouloir préjuger absolument la nature du processus anatomique, mais seulement parce que les phénomènes objectifs, gonflement, chaleur, douleur et même un certain degré de coloration des parties, semblent bien correspondre à ce qu'on a toujours considéré comme la caractéristique clinique de l'inflammation. D'autre part, si je n'apporte pas d'argument anatomique, je dois dire que dans les cas où l'on a pu faire l'examen direct post mortem, on a trouvé des lésions de phlébite et des microorganismes ; c'est dire qu'il y avait les conditions suffisantes d'un processus inflammatoire.

M. HAYEM. — A-t-il existé, en concomitance avec les perturbations thermiques et ces singuliers phénomènes de collapsus, quelques déperditions organiques graves, par exemple une diarrhée profuse ?

M. GIRODE. — Les évacuations ont été uniformément modérées, et il ne s'est produit aucun incident qu'on puisse invoquer pour expliquer ce collapsus typhique. Je n'ai pas établi la courbe de l'élimination urinaire : mais je puis affirmer qu'elle ne fournissait aucun renseignement superposable aux irrégularités de la courbe thermique.

M. HAYEM. — J'ai observé des cas analogues de collapsus typhique, même avec une température rectale de 35°, ce qui est encore plus frappant. Dans ces faits, on pouvait habituellement s'en prendre à des diarrhées profuses malencontreusement provoquées alors qu'on traitait la fièvre typhoïde par la médication évacuante.

Les secrétaires des séances,
BESANÇON, GIRODE.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1890. — Du 1er au 7 janvier, pas de thèses.

Mercredi 8. — N° 55. M. Azam (Jean-Marie) : Contbburition à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde.. — N° 56. M. Epron (Gabriel) : Contribution à l'étude des anévrysmes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches. — N° 57. M. Dusser (Albert) : Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés. — N° 58. M. Baudry (Victor) : Etude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel.

Jeudi 9. — N° 59. M. Deroche (René) : Étude clinique et expérimentale sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire. — N° 60. M. Giraud (Louis) : Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le salol. — N° 61. M. Darricarrère (J.) : La paralysie générale dans l'armée. — N° 62. M. Maret : De l'ablation des tumeurs de la zone motrice du cerveau.

Du 10 au 14. — Pas de thèses.

15. — N° 63. M. Legrand (Hermann) : Contribution à l'étude de la prophylaxie sanitaire maritime moderne du choléra. — N° 64. M. Echalier (Albert) : De l'incubation de l'érysipèle.

Du 16 au 21. — Pas de thèses.

22. — N° 65. M. Maturié (Denys) : Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement. — N° 66 M. Delagénière (Yves-Henry) : De la cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin. — N° 67. M. Berger (L.-E.) : Sur des accidents peu connus du phimosis congénital.

Jeudi 23. — N° 68. M. Debayle (Louis-Henri) : De l'hystéropexie vaginale (opération de Nicolétis), nouveau mode de traitement des déviations utérines. — N° 69. M. Heurteau (Edouard) : Contribution à l'étude des conséquences tardives des lésions traumatiques de la moelle épinière. — N° 70. M. Cambours (Pierre) : Des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), leurs indications et contre-indications. — N° 71. M. Levy (Frédéric) : Sur un exanthème rubéoliforme au déclin de la fièvre typhoïde. — N° 73. M. Beaujean (Louis) : Vergetures des membres. — N° 72. M. Restrepo (A.-I.-E.) : Contribution à l'étude de la pathologie des altitudes. La tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec le climat et les races au plateau de Bogota.

Du 24 au 28. — Pas de thèses.

Mercredi 29. — N° 74. M. Cochery (Constant) : Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. — N° 75. M. Decaux (Charles) : De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement. — N° 76. M. Psalidas (Michel) : Etude clinique et histologique sur le lymphadénome en général et en particulier sur une forme rare observée dans la mamelle. — N° 77. M. Laporte (Charles) : Syphilis de la clavicule.

Jeudi 30. — N° 78. M. Billoir : Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale. — N° 79. M. Mighel Ahmed ben Miloud : De la luxation de l'épaule en arrière et de ses complications. — N° 80. M. Millet (Jules-Armand) : De l'empyème gangréneux interlobaire. — N° 81. M. Allard (Jules) : Des kystes puriformes du cœur. — N° 82. M. Vèzes (Jean) : Anévrysmes des artères de la jambe : essai clinique et thérapeutique. — N° 83. Desreumaux (Jules) : De l'intervention chirurgicale dans les osthéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant. — N° 84. M. Jacquinet (André) : Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement syphilitique du rectum. — N° 85. M. Lyon (Gaston) : L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques. — N° 86. M. Grenier (Philippe) : Etude sur la maladie de Thomsen.

Concours du prosectorat. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Legueu et Regnauld.

Concours du clinicat médical et des maladies des enfants. — Juges : MM. Jaccoud, Bouchard, Dieulafoy, Debove, Grancher. — Candidats : MM. Ménétrier, Belin pour le clinicat médical, et MM. Louis Guinon et Martin de Gimard, pour le clinicat des enfants.

Ordre des séances :

Mercredi à neuf heures à la Charité. — Jeudi à huit heures, à la Charité. — Samedi à neuf heures, à la Charité. — Mardi, aux Enfants-Malades.

Concours de clinicat obstétrical. — Mercredi s'est ouvert le concours obstétrical.

Juges : MM. Le Fort, Guyon, Tarnier, Lannelongue, Pinard. — Candidats : MM. Demelin, Lepage, Potocki, Varnier.

Faculté de médecine de Paris. — M. Caussade est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital de la Pitié), en remplacement de M. Guinon, démissionnaire.

Sont nommés : *Chef de clinique médicale*, M. Ménétrier. — *Chef de clinique des maladies des enfants*, M. Martin de Gimard ; *chef adjoint*, M. L. Guinon. — *Chef de clinique obstétricale*, M. Potocki.

Légion d'honneur. — par décret, en date du 27 juin 1890, M. le Dr Rontin, maire de Mézin, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Distinctions universitaires. — Officiers d'Académie. — Est nommé : M. le Dr Friot (de Nancy) (arrêté du 27 juin.).

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Par décret du 25 mars 1890, M. le Dr Goujon, sénateur, a été nommé membre du conseil supérieur de l'Assistance publique.

Faculté de médecine de Marseille. — Au Conseil des ministres de mardi matin, le ministre de l'instruction publique a entretenu le Conseil de la création d'une Faculté de médecine à Marseille. Aucune décision n'a été prise.

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — M. le Dr Chautemps vient d'être élu membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine par 17 voix contre 9 à M. Le Roy des Barres et 5 à M. Laborde.

Suppression du baccalauréat ès science restreint. — A la suite d'une lettre du ministre de l'instruction publique, proposant la suppression de baccalauréat ès sciences restreint, le Conseil de la Faculté de médecine a voté à l'unanimité cette suppression.

Dans la même lettre le ministre a demandé à remplacer le baccalauréat ès sciences restreint par un baccalauréat médical spécial. Cette idée paraît avoir été agréée par la Faculté, mais en fait, une difficulté se présente : les cours pour obtenir ce baccalauréat médical seront-ils faits uniquement à la Sorbonne (Faculté des sciences) ou à la Faculté de médecine par les professeurs des sciences accessoires?

La Faculté réserve donc là-dessus son opinion, attendant les explications du ministre au sujet de l'organisation de ces cours.

La commission sur l'exercice de la médecine. — La commission chargée d'examiner la question de l'exercice de médecine a arrêté définitivement le texte de la proposition

de loi qui doit être soumise à la Chambre, sauf sur les points suivants :

1° A quelles conditions d'examen les officiers de santé, actuellement reçus, seront-ils soumis pour obtenir le titre de docteur? M. Monod sera entendu mercredi sur ce point, et le rapport sera immédiatement rédigé.

2° L'hypnotisme considéré comme moyen thérapeutique, et qui a déjà fait l'objet d'une circulaire de M. le ministre de la guerre, en ce qui concerne les malades de l'armée, doit-il être réglementé?

Sur cette dernière question, la commission n'a encore pris aucune résolution.

La commission de la pharmacie. — La commission relative à la réglementation de la pharmacie a également arrêté le texte définitif du projet de loi sur cette question.

La Chambre avait renvoyé à la commission une proposition de M. Ricard, tendant à réglementer la préparation, le dépôt et la délivrance des médicaments dans les dispensaires, hospices et autres établissements d'assistance publique. Cette proposition aurait pour effet de supprimer à peu près les pharmaciens.

La commission a simplement ajouté à l'article 14 le paragraphe suivant :

« Tout pharmacien sera tenu de délivrer pour le compte de l'Assistance publique, des hospices, des bureaux de bienfaisance et des communes dans les départements où l'Assistance publique est organisée (ils sont actuellement au nombre de 44), les médicaments nécessaires aux indigents. Les prix et les conditions de délivrance de ces médicaments seront arrêtés pour chaque département par un règlement d'administration publique. »

Certaines modifications au projet ont été également introduites, qui donnent satisfaction aux demandes qui avaient été introduites par le syndicat des pharmaciens de Paris.

École de médecine de Tours. — Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'École de médecine de Tours, par l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Université de Bordeaux. — Les professeurs des quatre Facultés de Bordeaux, au nombre de soixante environ, se sont réunis. Ils ont formulé un vœu tendant à ce qu'il soit créé à Bordeaux une Université.

Asiles d'aliénés. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS. — Par application de la disposition de l'article 4 § 2 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon, si avant cette époque, il s'est produit dans un des asiles publics d'aliénés de la région une vacance qui permette de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur publié au Journal officiel et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au Ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Le concours est régional, il y a autant de régions que de facultés de médecine de l'État.

La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué dans le tableau ci-après.

Les candidats doivent être français et docteurs d'une des facultés de médecine de l'État.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de 32 ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à 35 ans en faveur de ceux qui auraient plus de 32 ans à la date du concours.

Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine;

3° D'un professeur désigné par la faculté de médecine de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins

et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande.

Le maximum des points sera de 10.

Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Les eaux de Paris. — Le préfet de la Seine vient de prescrire l'établissement immédiat de filtres dans toutes les écoles du 9e arrondissement et dans celles de la partie du dixième où l'eau de Seine doit être temporairement substituée à l'eau de source.

Les eaux à Paris. — Dans sa séance de mardi dernier, le Sénat, sur le rapport de M. le professeur Cornil, a voté le projet de loi ayant pour objet de déclarer d'utilité publique les travaux à exécuter par la Ville de Paris pour le captage, la dérivation et l'adduction à Paris des eaux des sources de la Vigne et de Verneuil.

Maternité. — La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu jeudi à l'établissement du boulevard de Port-Royal, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

Une médaille d'or a été décernée à Mlle Pariselle (Hélène-Marie-Jeanne), et deux médailles d'argent à Mlles Lelièvre et Ruffin.

Comité consultatif d'hygiène de France. — Dans sa séance du 19 juin 1890, le Comité a été appelé à présenter une liste de trois candidats pour la place restée vacante par le départ de M. le Dr Richard. Il a présenté en 1re ligne M. le Dr Ogier, auditeur près dudit comité (18 voix sur 29); en 2e ligne, M. le Dr Rochard ; en 3e ligne, M. le Dr Drouineau.

Les médecins du parlement. — Les membres du groupe médical parlementaire se sont réunis dans un banquet.

Quatorze sénateurs et trente et un députés assistaient à ces agapes présidées par M. Cornil, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine.

Au dessert, M. le docteur David, député des Alpes-Maritimes, organisateur du banquet, a indiqué le but de l'Union. Le programme du groupe parlementaire médical comprend trois points essentiels qui suffiront, dit-il, à bien remplir une législature : l'exercice de la médecine, l'assistance médicale dans les campagnes et l'organisation de l'hygiène publique.

M. Cornil a vivement félicité M. David d'avoir eu la pensée de ce banquet dont il faut attendre les meilleurs résultats. Ces réunions, dit-il, hâteront la solution de certaines questions sociales, économiques et philanthropiques, et contribueront au développement du bien-être dans notre pays. Nous montrerons ainsi le corps médical dans son véritable rôle qui est tout de dévouement et de désintéressement.

M. Bourgeois, député de la Vendée, est le seul médecin siégeant à Droite : « Vous connaissez, dit-il, l'entrecroisement des nerfs optiques, vous savez que pour le *chiasma* les nerfs de droite envoient des ramifications à gauche, permettez-moi donc d'adresser mes meilleures sympathies à tous nos confrères de gauche.

« Avant d'être députés, nous avons été médecins, nous sommes donc tous de la grande famille et je bois à son union. »

Des discours ont été prononcés encore par MM. Després, député, Dupré, sénateur, et notamment par M. Chevandier, qui boit à l'indépendance du corps médical parlementaire et à la réussite de ses projets.

En somme, excellente réunion, pleine de cordialité, qui marque la formation définitive d'un groupe parlementaire médical très uni. En se séparant, on s'est promis de se revoir prochainement. (*Matin.*)

Congrès de Berlin. — M. le Ministre de l'instruction publique déléguera à cette réunion internationale quatre professeurs des Facultés de médecine dont trois pour Paris et un pour la province. Le choix du Ministre se portera probablement sur MM. Le Fort, Bouchard, Ch. Richet (de Paris) et Lacassagne (de Lyon).

Le ministre de l'intérieur a délégué M. le professeur Proust, M. Netter médecin des hôpitaux de Paris et M. Vallude médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts.

Le ministre du commerce a délégué M. le Dr Chervin.

Le ministre de la marine a désigné M. le médecin en chef Brassac et M. le médecin principal Hyades.

Asile départemental Sainte-Eugénie (Landes). — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 19 mai 1890, M. le Dr Sourrouille a été nommé directeur-médecin de l'établissement, en remplacement du Dr Lassègue, décédé.

Inspection des enfants assistés. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 26 mars 1860, M. le Dr Purrey, inspecteur des enfants assistés des Basses-Alpes, a été appelé aux mêmes fonctions dans les Pyrénées Orientales.

Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 19 mai 1890, un poste de sous-inspectrice a été créé dans le département des Bouches-du-Rhône.

Mme Jobbé-Duval, sous inspectrice des enfants assistés de l'Eure, veuve d'un de nos confrères, a été nommée sous-inspectrice des enfants assistés des Bouches-du-Rhône.

M. le professeur Thiriar de Bruxelles, vient d'être réélu membre de la chambre des représentants de Belgique. Contrairement à ce qui se passe dans le nôtre, les médecins sont très rares dans le parlement belge et cependant le besoin s'en fait vivement sentir, si l'on en juge par la discussion que nous avons rapportée dans notre avant-dernier numéro.

Bureaux de bienfaisance. — Le jury du concours pour l'organisation des secours à domicile a décerné la prime à deux ouvrages classés *ex æquo* avéc le n° 1. En outre de ces deux manuscrits, le manuscrit du concurrent désigné pour la seconde prime sera également imprimé aux frais de la ville.

La première place a été attribuée, *ex æquo*, à deux mémoires de MM. Nielly et Gory, licencié en droit.

La seconde place a été attribuée au Dr Balland.

La prime à partager également entre les auteurs des deux mémoires classés en première ligne s'élève à 1,200 fr. Une somme de 500 fr. est attribuée à l'auteur du mémoire classé second. Les trois mémoires récompensés doivent être imprimés par les soins de l'Administration.

Dans quelque temps, sera adressé au conseil, un rapport qui mettra en lumière tout ce qui se trouve d'intéressant dans les quarante-huit mémoir es qui ont passé sous les yeux du jury.

L'hôpital Boucicaut. — Un décret déclare d'utilité publique la création de l'hôpital Boucicaut, à Paris, au moyen de l'acquisition de terrains situés rue Lourmel, rue des Cévennes et rue de Vouillé projetée (15e arrondissement), contenant ensemble 23,170 mètres superficiels.

Il sera pourvu à la dépense, évaluée en principal, indemnités, frais et accessoires à 620,000 francs, au moyen des ressources provenant du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par Mme Boucicaut.

Le choléra. — Dans la séance hebdomadaire que le conseil supérieur de l'hygiène publique a tenu hier, à une heure de l'après-midi, M. Monod directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur, a rendu compte de l'état sanitaire des populations voisines de la frontière d'Espagne.

Le conseil a constaté que, sur aucun point du territoire français, aucun cas de choléra ne s'est produit, pas même à Cuxac, où les médecins se sont trouvés en face d'un cas de dysenterie nettement caractérisé.

Il s'agit d'une femme très faible de constitution et déjà malade, et qui néanmoins avait travaillé aux champs durant toute la journée. Elle but beaucoup d'eau et mangea une grande quantité de cerises. Dans la nuit à minuit, elle expirait sans qu'il y eut eu aucun symptôme cholérique.

Il faut donc considérer comme inexactes toutes les nouvelles ainsi répandues.

Sur la proposition de M. Monod, le conseil a pris en outre des mesures de précautions nouvelles. Ainsi, à Paris tout voyageur venant d'un pays contaminé sera tenu non seulement de faire sa déclaration, mais de recevoir la visite du médecin. Cette mesure, nouvelle seulement dans la forme, a été prise à la suite de ce fait : Un Espagnol, arrivé tout récemment à Paris, avait fait sa déclarations conformément à la loi, mais avait refusé de recevoir le médecin que lui envoyait la préfecture de police, sous prétexte que la loi n'indiquait pas cette mesure en termes précis. Désormais tout équivoque sera impossible.

D'autre part, les voyageurs munis d'un passeport sanitaire pour une destination déterminée d'après leurs propres déclarations et qui, pour des raisons de santé ou autres, croiront devoir s'arrêter dans une autre localité, seront obligés de faire *immédiatement* leur déclaration de présence. S'ils ne prennent pas cette précaution ou s'ils cherchent à s'y dérober, ils seront soumis aux peines prévues par la loi.

Nécrologie. — Le Dr Paul Fèvre, médecin des écoles du XIVe arrondissement, officier de l'instruction publique, décédé à Meudon le 22 juin à l'âge de 36 ans. Fèvre était un confrère des plus honnêtes et des plus actifs. Il sera vivement regretté. Nous envoyons à son père, le Dr Fèvre, de Fontenay-sous-Bois, l'expression de notre douloureuse sympathie.

Le Dr Jules Naudin, de Toulouse, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 70 ans.

Le Dr Meyhoffer, (de Nice), médecin homœopathe, reçu en 1885.

Bulletin de la mortalité *du 15 au 21 juin* 1890. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole. 2. Rougeole, 64. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, Croup, 35. — Choléra. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41.

Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 37. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 50.

Bronchite aiguë et chronique, 46. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 57.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 63.

Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 143. — Causes inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine, 906. — Résultat de la semaine précédente : 913.

Bulletin de la mortalité *du 22 au 28 juin*. 1890. — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 61. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 13. — Diphtérie, Croup, 33. — Phthisie pulmonaire, 149. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses 48. et autres, 2.

Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 44

Bronchite aiguë 14, chronique, 28. — Broncho-pneumonie 19 pneumonie, 36.

Gastro-entérite : Sein, 13 biberon 46

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 3.

Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 15. — Suicides 13. autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 137. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 865. — Résultat de la semaine précédente : 906.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Gézard**, ne *constipe pas*.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puisssant reconstituant.

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles, Voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.